FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice JOLY

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Corté (Corse) le 29 mars 1902

DE L'OUVERTURE SPONTANÉE DANS LA VESSIE DES SALPINGITES SUPPURÉES ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. HARTMANN, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN. LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE. BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
J. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
ROVELACQUE .	Anatomie.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT. .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédi chez l'adulte pour les accidentés du tra les mutilés de guerre et les infirmes adu
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions ém dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme prop leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Mort au Champ d'honneur

A MA MÈRE

A MA SŒUR, A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

Avec l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous donné le sujet de cette thèse, nous le remercions de sa grande bienveillance et de l'enseignement qu'il nous a quotidiennement prodigué dans son service.

Témoignage de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERET

Chirurgien des Hôpitaux

Respectueux remerciements.

A NOS MAITRES PENDANT L'EXTERNAT

1922-23. M. le Professeur Auguste BROCA (*in memoriam*).

— M. le Docteur MADIER, Chirurgien des Hôpitaux.

1923-24. M. le Professeur ROGER, Doyen de la Faculté.

— M. le Professeur agrégé CHIRAY.

1924-25. M. le Professeur GILBERT.

— M. le Professeur agrégé LE LORIER, Accoucheur de Boucicaut.

1925-26. M. le Docteur CHIFOLIAU, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

— M. le Docteur LORTAT-JACOB, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans le service de notre Maître le Dr Chifoliau une femme entrée en plein épisode abdominal aigu et chez qui l'on avait porté le diagnostic de salpingite suppurée.

Pendant son séjour dans le service, alors que l'on attendait le refroidissement de sa masse annexielle, celle-ci s'ouvrit spontanément dans la vessie.

C'est à l'occasion de cette malade dont nous rapportons l'observation que nous étudierons ces faits si intéressants quoique assez rares des pyosalpinx ouverts dans la vessie, nous réservant d'insister tout particulièrement sur leur traitement.

DE L'OUVERTURE SPONTANÉE DANS LA VESSIE DES SALPINGITES SUPPURÉES ET DE SON TRAITEMENT

HISTORIQUE

L'ouverture des annexites suppurées dans la vessie est signalée pour la première fois par Fleetwood Churchill qui, en 1860, dans son *Traité pratique des maladies des femmes*, écrivait : « les abcès latéraux du pelvis s'ouvrent quelquefois dans la vessie », et il en citait plusieurs cas relevés dans la littérature médicale. Cependant on est frappé du petit nombre de ces observations et de la difficulté qu'ont eue les auteurs à les classer et beaucoup sont qualifiées « phlegmons pelviens ouverts dans la vessie » sans qu'on puisse dire s'il s'agit de salpingites suppurées, de phlegmons du ligament large, de kystes de l'ovaire suppurés.

En 1890, M. Pierre Delbet, dans son *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*, rapporte 3 cas de salpingites ouvertes spontanément dans la

vessie et montre leur gravité surtout si l'on n'intervient pas.

En 1900, M. Bazy dans un article de la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* étudie le traitement des abcès pelviens ouverts dans la vessie.

En 1900, aussi Pascal, dans sa thèse s'occupe des faits dans lesquels l'ouverture d'une suppuration génitale s'est faite à la fois dans l'intestin et dans la vessie.

En 1902, Fauverghe ; en 1905, Gras rapportent dans leur thèse quelques observations de salpingites suppurées ouvertes dans la vessie.

En 1908, Volle dans sa thèse ; et en 1909, Violet et Chalier, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, précisent la symptomatologie et le traitement des collections annexielles tuberculeuses ouvertes dans la vessie.

En 1910, Müller et Petitjean rapportent un cas de pyosalpinx ouvert dans la vessie depuis dix ans.

En 1913, à l'Association Française d'Urologie Aversenq, Brin, Pasteau s'occupent de la question, ce dernier auteur en particulier montre l'intérêt de la cystoscopie.

En 1914, M. Auvray, dans les *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, rapporte 3 cas de salpingites suppurées ouvertes dans la vessie, il insiste sur l'intérêt de la cystoscopie, la gravité du pronostic, la nécessité d'un traitement chirurgical. Il ne s'occupe cependant pas du cas particulier des salpingites tuberculeuses.

Depuis cette date et surtout grâce à l'emploi systématique de la cystoscopie cette évolution des salpingites suppurées est mieux connue.

En 1920, Cotillon dans sa thèse fait une mise au point de la question, mais semble confondre surtout au point de vue pronostic la perforation des salpingites aiguës banales et des salpingites tuberculeuses.

En 1922, M. Legueu et Duvergey-Dax, à la Société d'Urologie, parlent pour la première fois de la salpingographie par injection de liquide opaque dans le trajet fistuleux.

En 1922, à la Société de Chirurgie de Lyon; en 1923, dans les *Archives franco-belges de Chirurgie*, Gayet s'occupe plus spécialement des annexites tuberculeuses ouvertes dans la vessie et montre la complexité du diagnostic.

A l'étranger, en 1912 Czarkowski de Varsovie et Ramon y Cajal dans la *Clinica Moderna* ont étudié le traitement des pyosalpinx compliqués de fistules vésicales.

Comme nous le voyons, cette complication de l'évolution des salpingites suppurées est à peine décrite dans les traités classiques.

Pozzi semble ne pas l'admettre et semble tenir pour suspecte l'observation de Reverdin.

M. J.-L. Faure considère seulement ce mode d'évolution « comme une fâcheuse évolution, point de départ de nouveaux accidents ».

Forgue et Massabuau, Labadie, Lagrave et Legueu

considèrent la pyurie comme le symptôme fondamental de cette complication.

Cependant M. Boursier et Auvray dans la troisième édition de leur *Gynécologie* parue en 1926 parlent longuement de cette éventualité, et leurs conclusions sont celles de l'article de M. Auvray déjà mentionné.

ETIOLOGIE

L'ouverture dans la vessie des salpingites suppurées est une éventualité relativement rare, étant donné la grande fréquence des salpingites ; elle est en tout cas plus souvent confondue que méconnue.

La fréquence de ce mode d'évolution est d'ailleurs discutée :

M. P. Delbet en 1891 dans son traité n'en citait que 3 cas dont 1 personnel.

Pozzi pense que cette éventualité est très rare, et le seul cas qu'il connaisse, celui de Reverdin, est pour lui discutable, pensant que dans ce cas « la lésion a pu être le résultat d'une perforation produite par le trocart et non une ouverture spontanée ».

Terrillon prétend, au contraire, que cette éventualité est plus fréquente qu'on ne le croit, les salpingites étant souvent méconnues ou confondues avec des phlegmons du ligament large. Cet auteur pense que toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une fistule intermittente coïncidant avec des alternatives de réplétion et d'évacuation d'une collection pelvienne, l'on a affaire à un pyosalpinx.

M. Auvray en 1914 n'en rapporte que 3 cas per-

sonnels, mais estime comme Terrillon que les faits de ce genre ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le supposer et est convaincu que bien des salpingites ouvertes dans la vessie, qui ont évolué sans phénomènes de cystite, sont passées inaperçues même au cours de l'intervention.

Labadie, Lagrave et Legueu donnent en ce qui concerne l'ouverture spontanée des collections pelviennes la liste suivante par ordre décroissant : intestin, péritoine, vagin, vessie, paroi abdominale, utérus.

Gras dans sa thèse, au sujet de cette fréquence relative voulant concilier les opinions extrêmes de Pozzi, Terrillon, Delbet cite sa statistique : sur 85 observations d'abcès pelviens ouverts dans la vessie qu'il rapporte, 11 concernent des salpingites, soit une proportion de 9,35 %, moindre que celle de Terrillon, supérieure à celle de M. Delbet. Comparés à ceux des autres suppurations génitales ouvertes dans la vessie, ces chiffres sont faibles, et d'après la statistique déjà ancienne de M. Delbet :

Sur 32 kystes dermoïdes suppurés, 16 se sont fait jour par la vessie, soit 50 %.

Sur 95 cas de phlegmons du tissu cellulaire périutérin, 18 ont emprunté cette voie, soit 17 %.

Si on compare maintenant ces chiffres à ceux concernant l'ouverture des suppurations pelviennes dans les différents organes du petit bassin, on voit que l'ouverture dans la vessie ne vient qu'en second lieu.

M. Delbet sur 958 cas a trouvé :

12,22 % de perforations rectales ;
5,22 % de perforations vésicales ;
4,59 % de perforations vaginales ;
3,22 % de perforations cutanées.

Comment expliquer cette rareté relative de l'ouverture des pyosalpinx ?

Par la tendance des abcès à se faire jour par les parties déclives et les trompes malades tombant de préférence dans le C. D. S. de Douglas, c'est surtout avec le rectum qu'elles contractent des adhérences et c'est surtout dans ce viscère qu'elles ont tendance à s'ouvrir spontanément.

Mais aussi lorsque cette fistule tubo-vésicale se produit comment l'expliquer ?

Il faut tout d'abord invoquer des dispositions anatomiques :

Situation particulière de la vessie au voisinage de l'utérus et de ses annexes, souvent le siège d'infections graves. Ces fistules se verront donc surtout chez les jeunes femmes en période d'activité sexuelle de 25 à 35 ans, et surtout chez les femmes à antécédents génitaux : fausses couches, métrites, facteurs de salpingites.

Comme cause occasionnelle, il faut tenir grand compte, comme l'ont montré les expériences de Cuturi pour les annexites tuberculeuses, du rôle si important des congestions pelviennes, et surtout des congestions vésicales si fréquentes chez la femme au cours de l'activité sexuelle.

En étudiant les différentes observations on ne trouve pas de causes déterminantes, telles que chutes ou traumatisme abdominaux : ces fistules tubo-vésicales sont spontanées. En réalité, il faut surtout invoquer dans leur déterminisme, trois grands facteurs :

1° D'abord la nature des salpingites : il s'agit de salpingites suppurées, volumineuses, d'évolution grave, souvent *post-abortum* ; c'est dire que les microbes en cause seront le streptocoque souvent associé au gonocoque, celui-ci pouvant d'ailleurs être isolé. Le colibacille si fréquent dans l'urine de la vessie n'intervient qu'à titre de germe d'infection secondaire. Mais il s'agit souvent aussi de salpingite bacillaire. Il semble même que, vu la moins grande fréquence des annexites tuberculeuses, comparée à la fréquence extrême des salpingites aiguës, banales, celles-là s'ouvrent plus fréquemment dans la vessie, comme l'ont précisé les travaux de Volle, de Violet et Chalier, de Gayet, de Cotillon ; nous verrons d'ailleurs leur intérêt au point de vue : diagnostic, pronostic et traitement.

2° Il s'agit de salpingites avec périsalpingite, intense le plus souvent. A ce sujet toutes les observations sont d'accord. L'existence d'adhérences périsalpingiennes est capitale puisqu'elle rend plus étroits et surtout plus fixes, les rapports de la trompe avec les organes avoisinants. Elle permet d'expliquer le rôle de troisième grand facteur de cette ouverture :

3° Les rapports des trompes et de la vessie à l'état pathologique. On sait qu'à l'état normal, la vessie

vide est un organe pelvien, et ne contracte alors de rapports avec l'utérus et ses annexes que dans la station debout, la corne utérine et l'isthme de la trompe pouvant reposer sur la face supérieur de la vessie.

A l'état de réplétion, la vessie devient organe abdominal accroissant les rapports de sa face postérieure avec la partie antérieure des trompes.

A l'état pathologique la trompe distendue par le pus atteint et dépasse fréquemment le volume du poing ; il en a été ainsi chez notre malade. Dans ce cas, elle est entraînée le plus souvent dans le C.D.S. de Douglas, point le plus déclive du pétit bassin. Mais quelquefois bridées par des adhérences les annexes sont fixées dans le cul-de-sac vésico-utérin augmentant leur surface de rapport avec la vessie; d'autres fois même, on peut voir la trompe distendue par le pus, adhérer à la paroi abdominale antérieure, et par conséquent, adhérer au péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie. Les adhérences ont un autre rôle bien mis en évidence par Cotillon : « On sait que dans les dilatations des trompes par le pus, l'augmentation de volume est plus marquée dans la portion externe de l'organe dont les parois sont plus minces ; au contraire dans la partie interne, celle qui précisément est en rapport avec la vessie, l'épaisseur des parois est un obstacle à la distention. Mais d'une façon presque constante les adhérences, le ligament tubo-ovarien brident la trompe de sorte que sa partie externe dilatée se recourbe vers l'utérus et se met en rapport avec la vessie ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les interventions, déjà nombreuses, pratiquées pour cas de fistules tubo-vésicales ont permis de se rendre compte de la nature et de l'étendue des désordres observés en pareille circonstance.

La collection purulente est ordinairement volumineuse, assez pour qu'il soit nécessaire au début de l'intervention de la ponctionner et de l'évacuer, comme cela fut fait chez notre malade, et chez celles de Fauverghe-Auvray. Elle est presque toujours entourée d'adhérences multiples, unissant la trompe malade à la vessie, l'épiploon, l'intestin surtout, le rectum et l'S iliaque.

Dans notre cas elles étaient surtout intenses dans le cul de sac latéral gauche et dans le cul de sac postérieur en partie comblé.

Parfois même les lésions de péritonite adhésive portent sur l'épiploon les anses qui, fixées à la paroi pelvienne latérale, à la vessie cachent les annexes, formant un bloc adhérent très difficile à disséquer. Il en était ainsi dans les 3 cas rapportés par Violet et Chalier et dans un cas de M. Auvray.

Les organes du petit bassin sont d'ailleurs, du

fait de ces adhérences, déviés de leur position normale.

L'utérus est, soit refoulé par la trompe suppurée qui bombe plus ou moins dans les culs de sac du vagin (dans notre cas il était dévié en avant et à droite) soit attiré de son côté par des adhérences, dans les cas où la trompe est de petite dimension, et surtout quand elle a évacué son contenu.

La vessie peut ne plus occuper sa place médiane, elle est refoulée à droite ou à gauche, comprimée par la tumeur, tiraillée par des adhérences.

La communication entre la vessie et la poche suppurée varie suivant le point de départ de la lésion.

Parfois la trompe s'ouvre directement dans la vessie en s'appliquant contre la paroi vésicale et se confondant avec elle (Violet et Chalier).

Elle peut s'appliquer contre la face postérieure de la vessie, ou au voisinage de la base (siège des fistules) ayant refoulé le ligament, large (il en était ainsi dans notre cas) ; mais le plus souvent, c'est l'abcès de pelvi-péritonite péri-tubaire qui s'ouvre une voie dans la vessie : la communication est alors non plus tubo-vésicale mais péritonéo-vésicale.

Dans les cas extrêmes, la trompe n'existe qu'à l'état de débris et dans un cas de Gayet, on avait un abcès formé par la vessie en avant — le rectum en arrière — traversé par l'uretère où même par le microscope il fut impossible de retrouver les parois tubaires.

Dans d'autres cas, au contraire, quoique énorme

l'abcès tubaire n'adhérait pas à la vessie, c'était l'abcès péri-salpingien qui s'était ouvert dans le réservoir urinaire (Gayet). D'après ces faits, il est facile de comprendre que le trajet de communication avec la vessie est plus ou moins direct et plus ou moins long.

Mais c'est la perforation vésicale qui est le fait le plus intéressant à étudier.

Elle est le plus souvent unique, cependant on peut quelquefois en voir deux mais très rarement : une fois sur les 85 observations citées par Gras dans sa thèse, il y avait deux orifices près l'un de l'autre ; deux fistules aussi chez une des malades de M. Auvray, communiquant d'ailleurs toutes deux avec le même pyosalpinx.

Son siège est au niveau des faces postérieures et latérales de la vessie, quelquefois à leur sommet (un cas rapporté dans la thèse de Gras), mais plus souvent sur la partie moyenne où la partie basse de ces faces au voisinage des orifices uretéraux. Chez notre malade, l'orifice siégeait sur la paroi postérieure, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'orifice uretéral gauche.

La forme et les dimensions de l'orifice de communication sont essentiellement variables. Les larges perforations sont une disposition rare mais importante, au point de vue chirurgical, car il faudra les suturer ; elles ont été signalées par Violet et Chalier qui ont trouvé chez une de leurs malades une perforation assez large pour permettre l'introduction

de l'index. Cathelin, chez sa malade, a trouvé un orifice large comme une pièce de 1 franc. Pollosson a trouvé dans un cas sur la paroi latérale gauche un orifice arrondi, régulier, où le doigt pénètre aisément.

Les bords de ces larges perforations sont tantôt arrondis, taillés à l'emporte-pièce comme dans le cas de Pollosson, tantôt épais et indurés portant parfois des bourgeons charnus assez exubérants pour simuler une tumeur de la vessie. Il en était ainsi dans le cas de Kœnig où un abcès s'était ouvert dans la vessie et celle-ci était remplie par une masse de couleur rougeâtre et de consistance gélatineuse qui se continuait dans la cavité de l'abcès, à travers l'orifice de perforation. De même, dans un cas de Folet, le toucher digital pratiqué à travers l'urètre dilaté fit sentir une masse granuleuse en forme de champignon qui occupait la paroi postérieure de la vessie, et qui, issue de la trompe suppurée, avait fait irruption dans la vessie à travers l'orifice de la perforation.

Mais le plus souvent, l'orifice est de petites dimensions : fait important au point de vue de la conduite à tenir, il faudra, nous le verrons au traitement, négliger ces perforations. Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de les reconnaître au cours de l'opération. Dans notre cas, après ablation de la trompe malade, on voit une surface irrégulière végétante qui semble se prolonger vers la vessie.

M. Chifoliau n'a pas cru devoir en faire l'explora-

tion au stylet comme le fit M. Auvray qui, dans trois cas, put grâce à cette exploration reconnaître le trajet fistuleux.

Cette exploration au stylet peut d'ailleurs rester négative, elle n'a donné aucun résultat à Violet et Chalier, à Brin, malgré une distension vésicale pratiquée au cours de l'intervention, Müller eut la même difficulté et l'intervention n'ayant été pratiquée que 10 jours après l'évacuation de la collection tubaire, le trajet fistuleux s'était refermé.

De même Dubar (*in* thèse Fauverghe) ne vit que la paroi vésicale très épaisse au niveau du point d'adhérence de la trompe, et ne put, malgré un examen minutieux, trouver un orifice de communication.

Ces perforations étroites semblent ainsi être souvent fissuraires, souvent à dispositif de clapet, s'opposant à l'issue de l'urine de la vessie dans la poche suppurée : disposition constatée par M. Auvray chez une de ses malades — le liquide introduit par une fistule pariétale refluait vers la vessie, mais si le liquide était injecté en sens inverse, dans la vessie d'abord, il ne refluait pas vers la fistule de la paroi. Si la face pelvienne de la perforation est difficile à mettre en évidence, sa face vésicale l'est plus facilement, grâce à la cystoscopie qui permet d'étudier l'état de la vessie et surtout de sa muqueuse.

La vessie est le plus souvent de capacité normale comme dans notre cas, mais souvent aussi, diminuée de volume, rétractée sur elle-même. Les autopsies,

les constatations opératoires ont permis de voir qu'il existait des lésions de péricystite (Aversenq), de cystite intersticielle, intenses surtout autour du trajet fistuleux où les parois vésicales épaissies, sclérosées et très friables, s'opposent à toute suture.

La muqueuse vésicale très tolérante est longtemps saine et ne présente de lésions qu'au voisinage du trajet fistuleux, car comme l'a dit Guyon : « l'inflammation de la vessie ne figure pas parmi les phénomènes précoces et surtout elle évolue très lentement, elle n'est pendant longtemps que peu accentuée et surtout se modifie très facilement par les lavages ».

Mais il est fréquent d'observer des lésions de cystite grave pouvant aller jusqu'aux plaques noirâtres, à la rétraction de la cavité vésicale, et qui seront mieux objectivées par la cystoscopie.

Le pus qui s'écoule dans la vessie est de caractère variable : épais, bien lié, d'odeur fade comme dans notre cas ; d'autres fois épais, caséiforme, grumeleux et d'odeur fécaloïde.

En cas de perforation large il peut y avoir reflux de l'urine dans la poche et si celle-ci comme on l'a constaté quelquefois est ouverte en même temps à la paroi certains auteurs ont pu analyser le liquide qui contient une forte proportion d'urée. Cette éventualité nous amène à parler de l'ouverture concomitante de la poche suppurée dans l'une des cavités de voisinage où à la paroi.

Les fistules tubo-vésico-intestinales ne sont pas

rares : certains auteurs Marcy-Landau ont signalé l'ouverture de la collection pelvienne à la fois dans l'intestin grêle et la vessie, mais le plus souvent l'ouverture a lieu dans le colon en particulier dans le rectum.

Pascal, dans sa thèse consacrée à l'étude des fistules vésico-intestinales, cite déjà un certain nombre d'observations de suppurations génitales ouvertes à la fois dans l'intestin et la vessie.

L'ouverture de la poche purulente à la fois dans la vessie et le vagin a été citée en outre par Dubar (*in* thèse Fauverghe) par M. Auvray qui chez une de ses malades avait observé une ouverture spontanée de la collection dans le rectum et dans la vessie et une ouverture chirurgicale dans le vagin et à la paroi abdominale.

L'ouverture spontanée dans la vessie et à la paroi abdominale a été constatée par Pascal, par Kelly dont l'observation est rapportée par Aversenq. Cet auteur a observé une annexite bacillaire énorme fistulisée dans la vessie et à la paroi au niveau de trois points : épine iliaque antéro-supérieure — grand trochanter — face antérieure de la cuisse et qui fut prise pour une coxalgie.

Quelle est la nature de ces fistules ?

Pour M. Auvray il s'agit dans l'immense majorité des cas, d'une inflammation banale simple, les cas tuberculeux étant rares.

Pour Cotillon ce sont plus souvent des abcès tuberculeux.

Il semble, comme nous l'avons vu à l'étiologie, que vu l'extrême fréquence des salpingites aiguës banales, les fistules relevant de cette origine sont les plus fréquentes, mais il faut retenir que quoique plus rares les annexites bacillaires se fistulisent plus volontiers dans la vessie et nous rappellerons les observations citées par Aversenq, celles de Violet et Chalier, celles de Volle, Cotillon, Gayet, Brin.

La nature des lésions annexielles n'apparaît pas à première vue. On pense seulement à une salpingite aiguë banale, si l'on retrouve dans l'histoire de la malade des antécédents de gonococcie ou de fausse couche infectée par exemple ou bien si l'on s'appuie sur les caractères du pus mais c'est un faible argument.

On pensera à une annexite tuberculeuse si au cours de l'intervention on constate des lésions de pelvi-péritonite tuberculeuse caractérisée par l'épaississement du péritoine pelvien et la formation de loges ou logettes renfermant de la matière caséeuse ou du liquide purulent mal lié. On pourra l'affirmer si comme dans un cas de Violet et Chalier on trouve un dôme vésical dépourvu presque en totalité de son péritoine et présentant en divers points larges chacun comme une pièce de 5 francs une surface couverte de granulations et de fongosités. Pour affirmer la nature tuberculeuse de la lésion, les caractères macroscopiques des urines ont une valeur nulle, au point de vue microscopique le bacille de Koch est difficile à mettre en évidence, l'inoculation au cobaye donne des résultats tardifs.

L'examen microscopique seul des pièces extirpées permet d'affirmer avec certitude la nature des lésions.

En cas de lésions inflammatoires banales l'examen microscopique montre comme dans notre cas sur l'ensemble des coupes :

1° Une infiltration cellulaire intense d'éléments lymphoïdes correspondant au foyer suppuré.

2° Au-dessous de nombreux vaisseaux dont la plupart sont entourés d'une infiltration cellulaire inflammatoire très marquée.

3° Dans la profondeur de gros vaisseaux avec artérite et périartérite.

On trouve donc tous les éléments d'une suppuration intense formant un véritable abcès limité par un tissu inflammatoire riche en éléments vasculaires.

Il n'y a aucun tubercule.

En cas de lésion bacillaire on trouve les éléments caractéristiques de la tuberculose : tubercules, cellules géantes.

Quelle est l'évolution de ces lésions ?

Elle varie avec leur nature.

En cas de lésions inflammatoires aigues banales et surtout si la fistule vésicale est de petites dimensions, la cicatrisation est fréquente après l'évacuation de la collection. Elle fut constatée par Müller qui intervint chez sa malade dix jours après qu'elle eût évacué sa collection, et ne put retrouver le trajet fistuleux. Deux mois après l'intervention pratiquant l'autopsie il constata une perte de subs-

tance de la paroi vésicale grosse comme une lentille et à bords amincis et cicatriciels, mais pas trace de trajet fistuleux.

Cette cicatrisation après intervention est d'ailleurs rapide et M. Auvray faisant l'autopsie d'une de ses malades morte huit jours après l'intervention l'a déjà constatée et l'examen histologique des fragments prélevés au niveau de la cicatrice ne permit pas de retrouver le trajet fistuleux.

Cependant cette cicatrisation spontanée sans intervention n'est pas la règle surtout en cas de perforation large, il faut craindre alors une infection secondaire atteignant d'abord la muqueuse vésicale avec lésions de cystite plus ou moins intenses et, tardivement infection urinaire ascendante.

En cas de lésions tuberculeuses la cicatrisation spontanée est possible (cas de Volle). Cependant ici il faut craindre la tuberculisation secondaire de la vessie par contiguité, elle fut constatée au cours de l'intervention par Violet et Chalier et cet envahissement fut contrôlé par le microscope.

Mais même en cas de fistule tuberculeuse le véritable danger est l'infection secondaire de la poche d'ailleurs toujours assez tardive.

Mécanisme.

Le pyosalpinx s'évacue par la vessie parce que celle-ci est le point de moindre résistance, fait bien mis en évidence par Dubar (in thèse Fauverghe) qui

montre dans une de ses observations que la vessie bridée de toutes parts par des adhérences solides se porte vers le pyosalpinx qui s'évacue par ce point de moindre résistance.

La perforation se fait par envahissement progressif de la paroi vésicale de dehors en dedans, la musculeuse résistant le plus longtemps. Fait bien mis en évidence par les expériences de Cuturi qui tuberculise des trompes de lapine, irrite et congestionne leur vessie par des injections de cantharidine. Dans presque tous les cas l'examen nécropsique montre des lésions tuberculeuses de la vessie qui s'infecte à travers ses parois de dehors en dedans, les lésions étant au maximum sur la séreuse.

Cette expérience montre en outre le rôle important de la congestion vésicale réalisée expérimentalement par la cantharidine; chez la femme, et d'une manière beaucoup moins intense par la menstruation, la blennorragie.

SYMPTOMATOLOGIE

La lecture de l'ensemble des observations concernant l'ouverture des pyosalpinx dans la vessie permet assez schématiquement de décrire 2 tableaux à cette perforation vésicale.

L'un aigu, dramatique, l'ouverture se faisant parfois peu après le début des accidents annexiels, tableau souvent constaté au cours de l'évolution des salpingites post-abortum comme le montrent les observations de Pollosson in thèse Perrimond, ou plus tardivement mais toujours au cours d'une crise aiguë de salpingite avec douleurs intenses dans le bas-ventre, fièvre, mauvais état général, comme le montrent les observations de M. Legueu in thèse Gras, Michaux in thèse Lafourcade, Dubar in thèse Fauverghe.

L'autre tableau est d'allure plus insidieuse, la perforation se faisant à bas bruit chez des malades dont l'annexite est de date ancienne. C'est en général, le cas des annexites bacillaires, mais aussi d'annexites aiguës, banales, la perforation se faisant souvent dans ces cas, et sans aucun symptôme prémonitoire, au décours d'une crise aiguë que

l'on avait laissé refroidir. Il en était ainsi chez notre malade et chez deux des malades de M. Auvray.

Dans le premier tableau, les phénomènes prodromiques sont plus ou moins accentués, et assez fréquemment constatés. Ils consistent en signes de réaction vésicale : pesanteur au niveau de la vessie, mictions fréquentes et douloureuses, ténesme vésicale. Mais malgré ces signes de cystite, pas de modifications des urines qui sont claires. Ces signes fonctionnels s'accompagnent de fièvre et de signes d'inflammation pelvienne aiguë.

Ces prodromes peuvent d'ailleurs manquer et alors chez une malade, en proie à de vives douleurs pelviennes avec température élevée et état général grave, se produit un besoin impérieux d'uriner, suivi de l'émission d'une quantité très abondante de pus fétide. Il peut se produire en même temps une hémorragie, le plus souvent bénigne, consistant en quelques stries sanglantes dans le pus, mais quelquefois aussi plus abondante, pouvant, comme dans le cas de Duncan, entraîner la mort. L'évacuation est suivie chez ces malades d'un grand soulagement, de la sédation des signes généraux. Localement, on pourrait même constater des modifications considérablesde la forme et du volume de la collection pelvienne. *Un tel tableau n'a pas été constaté chez notre malade qui, nous l'avons dit, fit sa perforation insidieusement.*

Depuis le 11 août, elle était en pleine crise de salpingite, et, ce qui dominait chez elle plus que

les douleurs pelviennes, qui étaient presque inexistantes, c'était un mauvais état général : avec pâleur extrême, amaigrissement, une anorexie et surtout une fièvre persistante à grandes oscillations atteignant leur maximum à 39°5, 40 degrés tous les cinq à six jours. Le 13 septembre, donc plus d'un mois après le début de la crise actuelle, et sans aucun symptôme prémontoire, sans aucune douleur, ses urines qui étaient auparavant peu abondantes et hautes en couleur, augmentèrent de volume et surtout se mirent à contenir une quantité énorme de pus.

Il nous fut facile d'observer *les caractères de cette pyurie qui est le symptôme fondamental* de la perforation tubo-vésicale. *C'était une pyurie abondante* : d'environ 150 grammes de pus par jour. Ce chiffre est celui de Dubar ; il est inférieur à celui de Burty qui a trouvé dans un cas 200 grammes de pus par litre d'urine.

C'était une pyurie qui avait atteint son maximum d'emblée.

C'était une pyurie continue : malgré des lavages de vessie journaliers, elle a duré avec de faibles variations quotidiennes du 13 septembre au 15 octobre. A cette date, donc deux jours avant l'opération, ses urines devinrent parfaitement claires, assez brusquement.

Cette pyurie s'est accompagnée de deux symptômes importants : la chute de la température qui, depuis le 13 septembre, n'a jamais atteint 38 degrés

sans que cependant l'état général se soit beaucoup amélioré.

Une légère diminution de la collection suppurée. Ces deux symptômes sont classiques et ont été notés par de nombreux auteurs, en particulier par Dubar (Thèse de Fauverghe).

Nous n'avons pas recherché comme le firent Violet et Chalier, l'augmentation de la quantité du pus vésical par les pressions exercées à travers la paroi abdominale sur la collection suppurée, signe qu'ils considèrent comme pathognomonique d'une fistule pyo-vésicale.

Nous n'avons pas non plus pratiqué l'examen bactériologique des urines. Il a d'ailleurs été rarement fait. Reymond et Zurhelle y ont constaté la présence du colibacille.

En cas de pyosalpinx tuberculeux, le bacille de Koch est difficile à différencier des autres bacilles acido-résistants que contient l'urine, et l'inoculation donne des résultats trop tardifs. Nous n'avons pas non plus constaté, au cours de l'évolution de la pyurie chez notre malade, certains phénomènes constatés quelquefois ainsi :

Bazy a assisté à l'élimination par l'urètre d'un gros écheveau de tissu cellulaire gangréné qui empêcha la miction et que l'on dut extraire.

Reymond a signalé que pendant les règles le sang menstruel venu de la trompe passait dans la vessie à travers l'orifice fistuleux et se retrouvait dans les urines.

Il est des cas où la perforation se fait encore plus insidieusement que chez notre malade, où les signes généraux et fonctionnels manquent totalement.

Ces faits concernent le plus souvent l'ouverture dans la vessie de salpingites bacillaires comme le montrent les observations de Gayet, Violet et Chalier.

Ici encore la pyurie est le symptôme fondamental, mais il est difficile d'en préciser le début et la durée ; elle s'accompagne rarement de phénomènes de cystite, ceux-ci n'apparaissant que tardivement. Cette pyurie est variable en durée et en intensité, et cette intermittence est considérée classiquement et depuis Terrillon comme caractéristique des fistules vésicales d'origine tubaire.

ÉVOLUTION

L'évolution de ces accidents varie avec la nature des salpingites, avec leur date d'apparition.

Chez notre malade, l'annexite remontait à deux ans environ, et la perforation vésicale s'est faite avec un minimum de symptômes au cours de la dernière crise de salpingite. La pyurie n'avait pas présenté cette intermittence dans l'évolution considérée classiquement comme caractéristique. Malgré la chute de la température, la malade restait pâle et anorexique ; malgré les lavages vésicaux, la pyurie persistait aussi abondante, l'examen local, d'autre part, montrait une annexite volumineuse bien refroidie, c'est pourquoi l'on est intervenu.

Dans certains cas cependant, la guérison spontanée peut s'observer :

Gras en rapporte une très belle observation de M. Legueu. Ce même auteur, plus récemment, rapportait avec Duverger-Dax un cas où la guérison fut aidée par des instillations de nitrate d'argent dans la poche.

Bazy, de même, rapporte un cas qui guérit après ouverture dans la vessie.

Volle, dans sa thèse, rapporte même un cas de guéson spontanée d'une fistule tuberculeuse.

Chever rapporte enfin un cas où la guérison spontanée fut observée après que la collection se fût ouverte également dans l'intestin.

Mais ces guérisons spontanées demeurent l'exception et en l'absence de tout traitement, l'évolution des fistules tubo-vésicales se fait vers la chronicité.

Malgré la pyurie persistante, la cystite peut ne pas apparaître. Reymond a publié le cas d'une femme qui charriait du pus dans ses urines depuis quatre ans et chez qui les mictions n'étaient ni douloureuses ni fréquentes. La vessie ne présentait aucune sensibilité anormale. La distension vésicale était bien supportée, à la cystoscopie la muqueuse avait sa couleur normale.

Violet et Chalier, d'après leurs trois observations insistent sur la dissociation : « Pyurie assez abondante sans phénomènes de cystite. » Une seule des malades de M. Auvray a présenté, assez tardivement d'ailleurs, des signes de cystite.

Legueu et Labadie-Lagrave insistent sur la rareté de cette infection vésicale par propagation d'un foyer suppuré. Cependant les cas où la pyurie ne s'accompagne pas de phénomènes de cystite ne doivent pas être considérés comme la règle, et le plus souvent les troubles vésicaux sont intenses comme le montrent la plupart des observations, et surtout celles de M. Legueu, de Campenon (Thèse de Gras), de Folet, de Dubar.

Notre malade n'avait présenté aucun signe de cystite, mais la cystoscopie montra une légère atteinte de la muqueuse, et les signes fonctionnels de cystite seraient sans doute apparus, si l'on n'était pas intervenu.

En l'abscence de tout traitement, il faut, au cours de cette évolution, redouter l'apparition d'accidents graves : M. J.-L. Faure dit que l'ouverture dans la vessie, fâcheuse complication des annexites suppurées, est le point de départ de nouveaux accidents, accidents d'infection urinaire surtout :

Cystite purulente avec muqueuse grise et ulcérée ;

Pyélonéphrite, abcès dans le parenchyme rénal, dont moururent les malades de MM. Auvray, Campenon, Michaux.

Si l'infection ne se localise pas sur le système urinaire, les malades meurent affaiblies et cachectiques ; d'ailleurs, le mauvais état général dans lequel se trouvent certaines malades explique la plupart des morts après intervention tardive (Auvray, Legueu)

En cas d'annexite bacillaire, il faut craindre, outre ces accidents d'infection secondaire, la tuberculisation secondaire de la vessie constatée par Violet et Ghalier.

L'affection ne suit cependant pas toujours cette marche chronique et progressive, son évolution peut être entrecoupée de périodes d'accalmie trompeuse : la fistule se ferme, les urines se clarifient, les phénomèmes de cystite, s'ils existaient, disparaissent ;

on croit à une guérison définitive, lorsque au bout de plusieurs mois, de nouvelles poussées aiguës salpingiennes se produisent qui aboutissent de nouveau à l'ouverture de la collection suppurée dans la vessie ; les cas d'ouverture à répétition, ne sont pas rares.

Cas de Bernutz, dont la malade urina, par intermittence, du pus pendant dix ans ; cas de Legueu, dont la malade urina par intermittence du pus pendant cinq ans. Ces accès de rétention, peuvent, dans certains cas, et comme l'a montré Pozzi, revêtir un caractère de septicité extrême, la malade mourant rapidemment en proie à une fièvre hectique, et surtout une anorexie invincible.

Ces différents modes d'évolution, et malgré les cas où cette complication s'est montrée bénigne, prouvent que l'ouverture des salpingites suppurées dans la vessie, doit être considérée comme une éventualité grave.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic présente suivant les cas des difficultés variables. Lorsque la salpingite est connue, l'apparition de la pyurie avec ses caractères particuliers doit faire poser sans trop de difficultés le diagnostic.

Lorsque la salpingite est méconnue, et lorsque les signes locaux sont délicats à interpréter, le diagnostic est beaucoup plus difficile car de nombreuses autres collections pelviennes suppurées peuvent s'ouvrir dans la vessie.

Il faut savoir aussi que, dans le cas où la fistule s'est faite insidieusement, la pyurie peut passer inaperçue, ou, si on la constate, elle peut être mal interprétée, et on peut prendre pour des « urinaires » des malades qui, en réalité, ont une fistule tubo-vésicale.

C'est dans ces cas, ainsi que dans les autres, que les examens instrumentaux, et en particulier la cystoscopie, sont d'un intérêt fondamental.

Notre malade avait des antécédents nets de salpingite, ayant eu une crise deux ans auparavant. A l'examen, le palper abdominal montrait une masse volumineuse, remontant jusque dans la fosse iliaque

gauche, allongée, douloureuse. Au toucher, on trouvait un utérus petit, immobile, dévié à droite, et la masse que l'on sentait dans la fosse iliaque gauche faisait saillie dans le cul-de-sac gauche.

Du côté droit, le palper montrait une masse arrondie du volume d'une grosse orange, très mobile, remontant dans l'abdomen, mais que l'on ramenait facilement dans la cavité pelvienne, où l'on pouvait la percevoir par le toucher dans le cul-de-sac droit. Il s'agissait très vraisemblablement d'un kyste de l'ovaire.

L'apparition de cette pyurie extrêmement abondante, la chute de la température, ne pouvaient faire admettre qu'une hypothèse : celle de l'ouverture de la collection pelvienne gauche dans la vessie, collection dont il restait à déterminer la nature.

Les antécédents, l'histoire de la malade, firent d'ailleurs poser immédiatement le diagnostic de salpingite suppurée ouverte dans la vessie. Cependant la présence d'un kyste de l'ovaire du côté droit devait faire penser à l'ouverture possible dans la vessie d'un kyste de l'ovaire dermoïde suppuré. La suppuration des kystes dermoïdes est considérée, en effet, comme assez fréquente par certains auteurs. M. P. Delbet en rapporte 40 cas ; sur ce chiffre, 32 kystes dermoïdes suppurés se sont ouverts spontanément, et 16, soit 50 % se sont ouverts dans la vessie, 6 dans l'intestin, 3 dans le vagin, 4 dans le péritoine, 3 à la paroi. Mais cette ouverture s'accompagne de phénomènes qui la rendent facile

à reconnaître : présence de poils dans les urines : pili-miction. On trouve, en outre, dans les urines de la graisse, des débris d'os. Or, notre malade n'a présenté rien de semblable.

Il est des cas, où les difficultés sont plus grandes : malades n'ayant aucun antécédent de salpingite, pas d'accouchement, pas de fausse couche, pas d'écoulement leucorrhéique gonococcique. L'examen local pratiqué en pleine phase aiguë donne des résultats difficiles à interpréter. La pyurie apparaissant brusquement dans ces conditions doit faire suspecter que la collection s'est ouverte dans la vessie : et si l'état général n'est pas trop atteint et ne s'aggrave pas, on est autorisé à mettre le malade à la glace et aux injections chaudes pour refroidir la collection, afin de déterminer ultérieurement l'organe qui est le siège de la suppuration.

Plusieurs hypothèses sont d'ailleurs admissibles dans ces cas.

Si les signes ont leur maximum à droite, on pourra penser à l'ouverture possible d'un abcès appendiculaire dans la vessie.

On connaît la fréquence des appendices en position pelvienne ; on connaît aussi l'intimité des rapports de l'appendice et des annexes droites, et les difficultés que l'on peut avoir en cas d'inflammation de l'un de ces organes, à poser un diagnostic topographique exact. Aussi les complications vésicales de l'appendicite, les fistules appendiculo-vésicales ont-elles inspiré de nombreux travaux : nous

citerons ceux de M. Legueu-Brin, la thèse de Pascal (Paris, 1900).

Outre la pyurie, on a donné comme signes de fistule appendiculo-vésicale : l'extrême fétidité des urines, l'émission de gaz et de matières fécales mélangées aux urines. Mais même si l'on constatait ces phénomènes, il ne prouveraient pas encore dans les cas douteux, l'existence d'une fistule appendiculaire. En effet, nous avons vu à l'anatomie pathologique que des abcès pelviens peuvent s'ouvrir à la fois dans l'intestin et dans la vessie. On peut alors assister à l'élimination de gaz par l'urètre, et noter dans l'urine la présence de débris alimentaires. Il en était ainsi dans un cas rapporté dans la thèse de Pascal, où l'intervention permit de constater qu'il y avait à la fois perforation vésicale et iléale.

Il faudra penser aussi à la possibilité d'un kyste dermoïde suppuré et rechercher les signes caractérisques de cette ouverture.

Si la malade expulse du pus mélangé à des caillots et contenant des fragments d'os de fœtus, on pourra penser à l'ouverture d'une hématocèle suppurée anté-utérine. Mais c'est une éventualité exceptionnelle : on n'en connaît que 3 cas.

De même, exceptionnellement, on pensera à la possibilité d'un kyste hydatique suppuré du petit bassin dont Colson a rapporté un cas.

Mais c'est aux *collections génitales suppurées* qu'il faudra penser avant tout, qu'il s'agisse, d'annexites, de pelvipéritonites, de phlegmons du ligament large.

Les ovarites suppurées évacuées par la vessie étant pour Delbet exceptionnelles.

Les pelvipéritonites s'ouvrent de préférence dans le rectum, les phlegmons du ligament large s'ouvrent au contraire, volontiers dans la vessie dix huit fois sur 95 phlegmons ouverts spontanément d'après Delbet.

En réalité, bien souvent et même à l'intervention, on a de la difficulté à distinguer une salpingite avec péri-salpingite et une ovarite d'un phlegmon du ligament large, d'une pelvipéritonite et l'on se contente de dire abcès pelvien.

Il est donc assez difficile de faire un diagnostic étiologique précis ; seul le toucher vaginal peut permettre d'établir un diagnostic approximatif, surtout chez les femmes à passé pelvien chargé, et chez qui, autour de la lésion primitive, se sont constituées des adhérences secondaires.

Il est des cas où le diagnostic est encore plus difficile, ce sont ceux où la pyurie apparaît comme l'unique symptôme. Il faut alors la différencier des pyuries purement vésicales ou pyélo-rénales. La pyurie consécutive à l'ouverture des collections tubaires a cependant certains caractères particuliers. Elle est d'emblée à son maximum, elle est abondante. Certains auteurs donnent aussi comme caractéristiques :

L'absence de douleurs en urinant, l'absence de pollakiurie intense;

La conservation du volume normal des urines,

donc absence de polyurie, indice d'une lésion rénale.

Cependant nous avons vu à la symptomatologieque les signes fonctionnels de cystite étaient fréquemment constatés. Ils peuvent être cause d'erreur de diagnostic. Chez une femme pâle, amaigrie, de la pollakiurie, du ténesme accompagnant une pyurie et surtout si les urines contiennent du bacille de Koch font porter le diagnostic de tuberculose rénale, alors qu'il s'agit d'une tuberculose annexielle fistulisée dans la vessie.

Abadie, Jungano, Gayet ont rapporté des cas où cette erreur eut lieu. L'erreur inverse a pu être commise et, chez une malade de Gayet qui avait des antécédents de péritonite bacillaire, on porta le diagnostic de trompe ouverte dans la vessie, alors qu'il s'agissait d'une tuberculose rénale que localisa le cathétérisme des uretères.

Parfois même, la pyurie peut ne pas attirer l'attention, masquée par d'autres symptômes. Ainsi une malade de Harris présentait des fistules cutanées multiples au voisinage du pli de l'aine ; on pensa à une coxalgie, alors qu'il s'agissait d'une masse annexielle droite fistulisée à la paroi, l'intervention montra, en outre, sa fistulisation dans la vessie.

La multiplicité des erreurs de diagnostic possibles montre qu'en présence d'une pyurie chez la femme, on ne doit jamais négliger de pratiquer : un examen génital, un toucher rectal, des examens

instrumentaux, et surtout la cystoscopie qui, indépendamment du diagnostic causal, sert à préciser certains points :

Nombre et siège des fistules ;

Etat de la muqueuse vésicale et des reins ;

Nature de l'inflammation ;

notions sur lesquelles il importe d'être renseigné tant au point de vue pronostic qu'au point de vue du traitement chirurgical.

L'examen des urines n'a pas de valeur très importante, même en cas de perforation d'annexite tuberculeuse.

Les caractères macroscopiques du pus n'ont aucune valeur pour en déceler la nature bacillaire (Violet et Chalier-Gayet).

L'examen microscopique met difficilement en évidence le bacille de Koch que l'on devra distinguer des autres bacilles acido-résistants de l'urine.

L'inoculation au cobaye est positive en cas d'annexite tuberculose, mais elle est tardive. D'autre part, la présence du bacille de Koch dans l'urine peut faire penser à une tuberculose rénale et errer le diagnostic.

La cystoscopie demeure donc le moyen le plus important de diagnostic. Pasteau en a montré l'importance pour le diagnostic et le pronostic, et nous résumons ses conclusions.

I. *Avant la perforation.* — Les lésions siègent sur la partie latérale de la vessie à son tiers supérieur. Ce sont donc des lésions très limitées.

Leur aspect est variable :

Au début, c'est une rougeur diffuse avec ramifications vasculaires nombreuses et fines.

Plus tard, on trouve des varicosités veineuses.

Puis un œdème épais, d'aspect mat, blafard, la muqueuse est en bourrelet sur les parties voisines.

Puis apparaît un œdème bulleux à la partie supéro-latérale de la vessie. Les uretères ont leur orifice intact.

II. *Au moment de la perforation.* — Assez rapidement après l'œdème bulleux, on voit ou non l'orifice de la perforation, en forme de fente ou de fissure, à contours nets ou déchiquetés. Mais si l'œdème est développé, l'orifice petit, on ne voit rien, mais on peut le soupçonner par la couche de pus qui en sort.

III. *Après la fistule.* — La tuméfaction diminue, l'œdème s'affaisse, toute la muqueuse se recolore en rose. Les symptômes inflammatoires aigus disparaissent, la muqueuse pouvant reprendre son aspect normal. On voit bien l'orifice de la fistule, on peut le cathétériser.

Cet orifice peut à la longue se présenter au fond d'un entonnoir plus ou moins plissé.

Au cours des poussées aiguës, les caractères de la fistule peuvent redevenir ceux décrits.

IV. *Après la fermeture de la fistule.* — On trouve seulement en un point limité de la muqueuse, celle-ci plus blanche que normalement, moins vascularisée. Au pourtour de cette région qui est aplatie ou déprimée, les veines s'arrêtent brusquement.

En résumé, la cystoscopie montre une capacité notable plus grande que dans les cystites vraies, avec vessie saine, sauf au niveau du point où va s'ouvrir la collection.

Lorsque celle-ci s'est ouverte, on constate le signe pathognomonique : l'issue de pus en tourbillon par la fistule.

La cystoscopie a donné à d'autres auteurs des renseignements ou sensiblement différents des précédents, ou nouveaux.

Chez les trois malades de M. Auvray la cystite était intense et la muqueuse rouge présentait des suffusions hémorragiques. La recherche de l'orifice fistuleux peut être infructueuse comme l'ont notée Pasteau, Muller et Petitjean-Auvray.

Elle siège parfois en un point de la paroi vésicale qui, refoulée en avant par une tuméfaction, forme une saillie arrondie (cas de M. Legueu, Auvray, cas personnel).

Mais le plus souvent la fistule est cachée au fond d'un orifice cratériforme anfractueux et masqué par l'œdème bulleux (Pasteau-Gayet-Auvray).

Chez notre malade, nous avons pu constater une vessie de bonne capacité avec muqueuse et orifices uretéraux normaux. Le lavage long et difficile montre de nombreux grumeaux de pus en suspension.

La perforation siégeait sur la paroi latérale gauche de la vessie, à 2 ou 3 centimètres au dessus de l'orifice uretéral gauche. Par la pression abdomi-

nale sur la tumeur, il nous fut facile de voir que des grumeaux de pus en sortaient. MM. Legueu et Duvergey-Dax ont pu, grâce à la cystoscopie, injecter dans le trajet fistuleux, une solution opaque qui, à la radiographie, a pu donner l'image de la trompe.

Cette *salpingographie* a été préconisée par eux en 1922.

C'est une méthode d'interprétation difficile.

La cystoscopie enfin a pu permettre de pratiquer des instillations de liquide antiseptique dans le trajet fistuleux, comme moyen de traitement (M. Legueu). Elle a permis aussi à Violet et Chalier de reconnaître une tuberculose vésicale secondaire à une annexite tuberculeuse fistulisée. La cystoscopie est donc le seul moyen de reconnaître, en cas de fistule, la nature tuberculeuse des lésions vésico-salpingiennes. Nous avons vu, en effet, que l'examen des urines a peu de valeur, ses résultats ne peuvent qu'aider ceux de la cystoscopie. Celle-ci enfin permet de pratiquer le *cathétérisme uretéral* dont les résultats seraient intéressants, au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic.

Gayet l'a pratiqué sur toutes ses malades, et a pu éviter des erreurs de diagnostic avec la tuberculose rénale. Il permettrait de déceler l'atteinte rénale en cas de fistule vésico-salpingienne compliquée d'infection urinaire, et de porter ainsi, avant toute intervention, un pronostic plus réservé. Il est préférable de s'en abstenir, précisément pour ne pas infecter le rein.

La cystoscopie demeure donc le seul moyen qui permette de se renseigner sur le siège, et dans une certaine mesure, sur la nature de la fistule vésico-salpingienne. Nous ne parlerons pas de l'exploration digitale intra-vésicale, méthode que l'on employait autrefois, méthode insuffisante et trompeuse. On doit lui substituer la cystoscopie.

PRONOSTIC

La gravité des fistules tubo-vésicales est diversement appréciée par les auteurs. Elle est plus grave par le degré d'infection qu'elle traduit que grave en elle-même.

La plupart des auteurs : Gayet, Aversenq, Violet et Cholier, Legueu, opposent la bénignité des salpingites aiguës banales ouvertes dans la vessie à la gravité des salpingites tuberculeuse fistulisées.

Outre la nature de l'infection annexielle ce qui importe dans le pronostic c'est le traitement selon qu'il est appliqué plus ou moins précocement.

Les statistiques déjà anciennes de M. Delbet mettent bien ce fait en évidence en montrant la gravité du pronostic des cas abandonnés à eux-mêmes, puisque la mortalité atteignait le chiffre de 58 %. Au contraire dans les cas traités chirurgicalement la mortalité atteignait 25 %.

Ces chiffres datent de 1891 et depuis cette date l'immense perfectionnement accompli dans la technique des opérations abdominales n'a pu qu'améliorer cette proportion de 25 % de guérisons.

Nous ne nierons cependant pas les cas de guérison spontanée dont témoignent les belles observations

de Legueu-Bazy, mais nous croyons que lorsqu'on est en présence d'une fistule vésicale consécutive à l'ouverture d'un abcès pelvien il faut tenter un traitement local par des lavages vésicaux et si aucune amélioration ne se produit rápidement sans trop attendre il faut intervenir.

Si dans les salpingites aiguës banales une expectative temporaire peut être de mise, il ne doit pas en être de même dans les cas d'annexite tuberculeuse. Car dans ces cas la fistulisation dans la vessie traduit le processus envahissant de la tuberculose qui atteindra l'arbre urinaire.

En résumé les pyosalpinx fistulisés dans la vessie et contrairement à ceux ouverts dans le rectum et qui guérissent souvent sont des « abcès aggravés » qui relèvent de l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT

Il existe un véritable traitement préventif de la fistulisation dans la vessie, comme d'ailleurs de toutes les autres ouvertures viscérales des salpingites, c'est la colpotomie au bon moment, et contre la péri-salpingite externe. Une fois la fistule constituée, le traitement chirurgical, s'il est le meilleur, ne doit cependant pas, nous l'avons vu, être appliqué indistinctement à tous les cas.

Les cas bénins, qui ne sont cependant pas la règle, guérissent le plus souvent spontanément, la cicatrisation du trajet fistuleux pouvant être aidée par des lavages de vessie au nitrate. On pourra même, comme le firent Legueu et Duvergey-Dax, pratiquer dans ces cas, des instillations de nitrate d'argent dans le trajet fistuleux, ce qui hâterait la résorption de la poche suppurée. Mais ces cas sont, ne l'oublions pas, l'exception, le plus souvent, il s'agit d'annexites volumineuses et d'allures graves relevant du traitement chirurgical.

Quelle que soit la voie choisie, les lésions devront être refroidies aussi complètement que possible avant l'opération : la malade sera immobilisée au lit, sera soumise au régime des injections chaudes

et de la glace sur le ventre, et on pratiquera des lavages vésicaux journaliers pour atténuer la cystite.

Il sera bon aussi d'être renseigné par la cystoscopie sur le siège et le nombre des fistules.

Les procédés opératoires proposés pour obtenir la cure de ces fistules vésicales sont multiples.

Les premiers opérateurs estimaient que l'indication était de drainer et d'aseptiser l'abcès causal.

C'est l'opinion que défendait en 1891 M. P. Delbet, et qui était généralement admise. Beaucoup plus tard d'ailleurs, en 1912, Ramon y Cajal montrait les avantages de ces opérations économiques et palliatives.

Trois voies étaient proposées pour aseptiser et drainer l'abcès causal :

La voie vésicale, soit à travers l'urètre dilaté soit à travers la vessie incisée par taille vaginale ou hypogastrique, est peu commode et aveugle ; elle donne de mauvais résultats et doit être rejetée ;

La voie vaginale est, dans certains cas, l'opération de choix. Elle peut être assurée de deux façons : par colpotomie, par hystérectomie vaginale.

La *colpotomie* ou incision du cul-de-sac postérieur, vers lequel la poche purulente s'est développée et tend à faire saillie est, par excellence, une intervention conservatrice, dont la gravité est nulle. Elle a été préconisée par Larayenne et a donné de bons résultats à Bazy-Pollosson. Malheureusement, dans beaucoup de cas, la poche purulente est située, hors

d'atteinte par la voie vaginale, et c'est pourquoi l'on a préconisé ;

L'*hystérectomie vaginale* avec simple ouverture de la poche, la suppression de l'utérus permettant de créer une plus large voie d'accès et de drainage. Par cette voie, Richelot guérit une de ses malades chez qui, il ouvrit, sans les extirper, deux poches suppurées successives.

Le drainage vaginal a ses indications et ne doit pas être rejeté comme le drainage vésical. On doit le réserver aux collections annexielles aiguës ayant tendance à faire saillie dans le vagin. Le drainage vaginal permet l'ouverture des poches purulentes et la dérivation du pus ; mais il est rare qu'une intervention secondaire ne soit pas rendue nécessaire par la persistance des annexes malades.

La voie vaginale est donc indiquée dans les collections à marche aiguë contre-indiquant une intervention par voie abdominale transpéritonéale,et surtout si cette collection évolue vers les culs-de-sac vaginaux.

L'incision de la collection suppurée *à travers la paroi abdominale* trouve, dans quelques cas,son indication. On l'a pratiquée pour des collections à marche aiguë ouvertes dans la vessie, évacuant incomplètement leur contenu, continuant à évoluer, et venant se mettre en contact avec la paroi abdominale au-dessus de l'arcade curale où on a pratiqué leur ouverture. Ouverture le plus souvent insuffisante en cas de salpingite et devant être complétée,

comme le drainage vaginal, par une intervention secondaire qui enlèvera utérus et annexes.

Dans quelques observations, on a combiné incision vaginale et incision abdominale, de façon à assurer un drainage abdomino-vaginal.

Dans toutes ces opérations, on draine la cavité tubaire et on risque de laisser des fistules interminables : il faut extirper la trompe.

Chez notre malade nous nous trouvions en présence de lésions annexielles de date ancienne, l'ouverture dans la vessie s'était produite pendant le refroidissement de la crise. Cette fistule avait peu de tendance à la guérison, les lésions annexielles paraissaient d'ailleurs extrêmement importantes, il fallait d'autre part enlever le kyste de l'ovaire que portait cette malade c'est pourquoi, l'*hystérectomie abdominale s'imposait.*

C'est une opération bien réglée qui permet de juger de la nature et de l'étendue des lésions et de traiter comme il convient la fistule vésicale.

Elle permet encore dans les cas à diagnostic douteux où on peut être en présence d'une appendicite, d'un kyste dermoïde ouvert dans la vessie de traiter ces lésions dans des conditions que ne permettait pas l'hystérectomie vaginale. Il vaut mieux ne l'appliquer qu'à des lésions bien refroidies, et on devra bien entendu pratiquer avant l'intervention la cystoscopie qui précisera le siège de la fistule.

Après la laparotomie médiane sous-ombilicale on tombe plus ou moins facilement sur les annexes qui

comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique ont le plus souvent contracté des adhérences nombreuses.

A ce moment-là on pourra suivant l'étendue des lésions pratiquer :

Une salpingectomie unilatérale, opération conservatrice rarement possible. Dubar l'a pratiquée dans un cas, mais il dut ultérieurement faire une castration totale ;

Une hystérectomie subtotale le plus souvent atypique : on commence par décoller les annexes du côté qui n'est pas fistulisé, puis on enlève l'utérus et les annexes qui restent en allant de droite à gauche ou de gauche à droite (procédé américain).

Il est difficile d'éviter la rupture de la poche suppurée et fistulisée, aussi est-il nécessaire de bien se protéger.

Ce procédé fut employé par M. Chifolian chez notre malade et par M. Gayet et Auvray.

D'autres chirurgiens : Violet, Brin, Gayet ont employé l'*hystérectomie totale* par hémisection médiane de l'utérus.

C'est une question d'espèces ou d'habitude.

Le plus souvent ce n'est qu'en présence des lésions constatées que le chirurgien se décide pour tel ou tel procédé.

Il semble cependant que l'hystérectomie subtotale par le procédé dit américain est celle qui a été le plus souvent employée.

Il reste deux points intéressants à discuter :

Le traitement de la fistule vésicale ;

Le drainage.

La cystoscopie a permis le plus souvent de connaître le point où siège la fistule vésicale. Le chirurgien devra donc redoubler de prudence dans le décollement des annexes lorsqu'il arrive au voisinage de cette fistule.

Lorsqu'il existe un canal intermédiaire le décollement se fait plus aisément et la vessie risque moins d'être déchirée, mais lorsque l'accollement des deux organes est très intime et qu'il existe sur une assez large surface on peut en décollant les adhérences agrandir l'orifice vésical dans une paroi friable et amincie.

Après le décollement des annexes la fistule tubo-vésicale peut se présenter sous deux aspects :

Ou bien il existe dans la paroi vésicale un orifice plus ou moins large.

Ou bien l'œil ne distingue rien et pour découvrir le trajet fistuleux au cours de l'intervention, certains chirurgiens se sont servis de l'exploration au stylet, de la distension vésicale.

La conduite à tenir vis-à-vis de ces deux variétés de perforation diffère d'une façon absolue.

Dans les cas où il existe une perte de substance il faut suturer l'orifice de la perforation. La suture des lèvres de la fistule devra être précédée parfois d'un avivement, elle se fera en deux plans au catgut :

Le plan profond comprendra toute l'épaisseur des tuniques vésicales.

Les plans superficiels seront séro-musculaires.

Cette suture a été pratiquée par Violet et Chalier, Campenon, Reverdin.

Dans les cas où la fistule n'est pas visible à l'œil nu, exploration au stylet, distension vésicale faites pour la déceler sont des manœuvres longues et inutiles. Il faut systématiquement la négliger. Ce qui fut fait chez notre malade par M. Chifoliau et par Chalier, Dubar, Auvray.

Il faut cependant prendre certaines précautions : assurer le drainage permanent de la vessie par une sonde à demeure, isoler la région de la fistule non suturée et favoriser le développement d'adhérences protectrices.

Ceci nous amène à parler de la question si importante *du drainage*.

Il doit remplir deux rôles :

a) Tamponner la perforation vésicale et permettre sa cicatrisation ;

b) Drainer la loge du pyosalpinx afin d'éviter les phénomènes infectieux.

Seul le drainage abdominal avec Mickulicz peut remplir ces deux rôles, c'est celui qui fut pratiqué chez notre malade. Il présente de nombreux avantages sur le drainage vaginal cependant employé par la plupart des chirurgiens dans la cure des fistules tubo-vésicales. Il permet d'éviter la production de fistules stercorales s'évacuant par le vagin beaucoup plus lentes à se fermer que celles s'évacuant par l'abdomen.

Le traitement chirurgical présente de nouvelles complications si à la fistule vésicale s'ajoute une fistule intestinale. Le mode opératoire est variable et délicat à interpréter. La suture des lésions avec rétablissement de la lumière intestinale peut être difficile à réaliser sur l'intestin grêle, et on peut être entraîné à pratiquer des résections intestinales plus ou moins étendues qui aggravent considérablement le pronostic.

La cure des fistules tubo-vésicales n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée relève donc de l'hystérectomie abdominale subtotale avec drainage. C'est une opération grave parce qu'elle est pratiquée le plus souvent chez des malades infectées, amaigries et la mort est fréquente dans les suites opératoires par choc et surtout par accidents d'infection urinaire : pyélonéphrite, néphrite aiguë.

Cependant si elle n'est pas pratiquée trop tardivement, la guérison comme chez notre malade doit être la règle.

Sur 17 cas traités par la laparotomie que nous avons pu retrouver : (5 cas rassemblés in thèse Gras, 3 cas de Auvray, 3 de Violet et Chalier, 2 de Gayet, cas de Harris, Abadie, Cotillon, cas personnel) il y a 4 morts et 13 guérisons soit une mortalité de 23 pour 100.

Nous avons pu, chez notre malade, suivre *l'évolution des signes vésicaux*.

Durant trois jours une quantité abondante de pus sortit par la sonde alors que cette pyurie avait

totalement disparu quelques jours avant l'opération. Sous l'influence des lavages vésicaux journaliers les urines s'éclaircirent très rapidement.

Le tamponnement fut retiré le dixième jour, à cette date une injection de bleu de méthylène poussée dans la vessie distendue ne ressortait pas par la plaie abdominale, la fistule vésicale s'était donc oblitérée.

On maintint la sonde à demeure trois semaines, lorsqu'on la retira la malade se plaignit seulement de ce que ses mictions étaient plus fréquentes, mais elle n'avait aucun signe de cystite et surtout les urines étaient claires et brillantes, d'ailleurs la capacité vésicale redevint rapidement normale.

Un mois après l'intervention elle fut revue à la cystoscopie qui montra : une capacité légèrement réduite, un peu de cystite du bas fond, la cicatrice minime qu'avait laissé la fistule.

Quelles sont les suites éloignées de l'intervention au point de vue urinaire ?

Notre malade sortit de l'hôpital fin novembre parfaitement guérie, dans presque toutes les observations que nous avons parcourues la guérison persistait chez des malades revues longtemps après l'opération.

Cependant une des malades de M. Auvray présenta quelques mois après l'intervention des signes de cystite et le cystoscope montra une petite ulcération de la muqueuse au point où siégeait la fistule et qui guérit par des attouchements au nitrate d'argent.

OBSERVATION PERSONNELLE

Mme M..., 35 ans, rentre le 20 août 1926 à Saint-Louis dans le service de M. le Dr Chifolian parce que depuis le 11 août elle est alitée pour des douleurs siégeant dans le bas-ventre et une fièvre élevée avec mauvais état général.

Cette femme qui a toujours été normalement réglée a eu 2 enfants, actuellement âgés de 15 ans et 4 ans 1/2. Ses 2 accouchements ont toujours évolué normalement. Il y a deux ans, en 1924, elle avait déjà présenté une crise douloureuse analogue: avec douleurs pelviennes, leucorrhée abondante, fièvre légère. On avait porté à ce moment-là le diagnostic de salpingite. Celle-ci s'était d'ailleurs calmée sans que la malade prît des soins particuliers.

Peu de jour avant son entrée à l'hôpital, le 11 août, après un retard de règles de quelques jours, la malade avait commencé à se plaindre de petites douleurs pelviennes qui allèrent s'accentuant. Le 15 août un médecin qu'elle avait consulté portait le diagnostic de salpingite + métrite. Le 20 août voyant que son état ne s'améliorait pas et surtout épuisée par une fièvre continue elle se décidait à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, l'examen montra une malade fatiguée aux traits tirés. Les douleurs pelviennes n'étaient pas extrêmement vives, mais ce qui frappait c'était une fièvre élevée qui attei-

gnit 40 degrés, trois jours après l'entrée de la malade à l'hôpital.

Les signes locaux étaient délicats à interpréter :

L'examen du ventre montre celui-ci souple sauf cependant au niveau de la fosse iliaque gauche et sur la ligne médiane, où l'on sentait une masse allongée parallèlement à l'arcade crurale, douloureuse, de forme ovoïde et fixe. A droite on trouvait une masse régulière, lisse, arrondie, extrêmement mobile qui remontait facilement sous le foie, mais que l'on ramenait facilement dans la cavité pelvienne.

Le toucher combiné au palper montrait un utérus petit, fixé, dévié à droite par la masse annexielle gauche douloureuse et irrégulière qui faisait saillie dans le cul-de-sac gauche.

La masse droite était perceptible mais moins nettement dans le cul-de-sac droit.

L'examen général ne montra rien par ailleurs : cœur et poumons étaient sains.

En présence de ces résultats le diagnostic, si l'on n'avait pas eu notion de l'histoire antérieure de la malade, aurait pu hésiter, cependant en présence de la masse gauche si volumineuse on pensa à une annéxite, la masse droite étant très probablement un kyste de l'ovaire.

La malade fut mise aux injections chaudes et à la glace sur le ventre ; les douleurs disparurent complètement, l'anorexie persista, mais la température descendit en lysis jusqu'au 4 septembre, pour remonter irrégulièrement à 39 degrés qu'elle dépassa la veille de l'ouverture dans la vessie.

Le 13 septembre, trois semaines après son entrée à l'hôpi-

tal et un mois après le début de son affection, la malade sans aucun prodrome émit subitement des urines troubles contenant une forte quantité de pus fétide, et dont la quantité dans le bocal atteignit 150 grammes dès le premier jour.

En même temps la fièvre tombait brusquement et la température se maintient autour de 37°5.

Cette pyurie subitement apparue nous fit penser que la collection gauche qui avait légèrement diminué de volume s'était ouverte dans la vessie.

Des lavages vésicaux journaliers furent pratiqués sans que la pyurie subit aucune modification.

Le 9 octobre la malade était vue au *cystoscope* par le Dr Tissot ;

« Vessie de bonne capacité. Muqueuse et orifices uretéraux normaux. A 2o' environ sur la paroi latérale de la vessie à 2 ou 3 centimètres au dessus de l'orifice uretéral gauche on voit une poche qui bombe et qui a donné à la muqueuse un aspect granuleux de peau d'orange et au milieu un point blanc donnant l'impression d'un furoncle qui va percer. »

Cependant la malade restait fatiguée, anémique, les signes locaux et surtout la masse annexielle gauche avait peu varié, il existait d'autre part un kyste de l'ovaire probable ce qui fit que Mr Chifolian intervint le 19 octobre,

Intervention.— Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le kyste développé aux dépends de l'ovaire droit a un long pédicule et en position de Trendelenburg se met sous le foie. A l'ouverture il s'agit d'un kyste mucoïde.

Le petit bassin est rempli par une masse constituée à

gauche par une masse annexielle volumineuse, arrondie à la face supérieure, repoussant le corps de l'utérus en avant et à droite. Elle adhère dans le cul-de-sac postérieur en partie comblé, adhérences fortes au péritoine pelvien dans le cul-de-sac latéral gauche. Après ablation du kyste et ponction de la poche salpingienne qui montre un liquide purulent, jaunâtre, fétide on pratique une hystérectomie de droite à gauche sus-isthmique. La salpingite gauche est extrêmement adhérente à sa partie interne et inférieure, en l'enlevant on la rompt. Après ablation de la trompe on voit une surface irrégulière, végétante qui semble se prolonger vers la vessie qui est moyennement distendue. On vérifie l'uretère gauche jusqu'au ligament large.

Péritonisation incomplète. Mikulicz. Sonde à demeure dans la vessie.

Suites opératoires. — Les urines redeviennent purulentes durant quelques jours en même temps que la température remonte à 39 degrés et persiste élevée durant dix jours. Le Mikulicz suinte abondamment, on commence par retirer les compresses le quatrième et le dixième jour il est retiré complètement.

A ce moment une injection de bleu de méthylène pratiquée dans la vessie ne ressort pas par la plaie abdominale qui suinte toujours abondamment et que l'on panse tous les jours, en même temps que l'on pratique des lavages vésicaux.

La sonde à demeure fut conservée trois semaines.

La malade fut *revue à la cystoscopie* le 12 novembre :

« Capacité légèrement réduite, plus de pyurie, un peu de cystite du bas fond. Orifices uretéraux normaux. L'orifice d'ouverture de l'abcès est minime.

Il ressemble à une cicatrice circulaire, avasculaire, laissant passer en son centre un petit bourgeon ».

Depuis l'intervention la malade se trouve d'ailleurs beaucoup améliorée, et la température est revenue lentement à la normale.

La cicatrisation de la plaie abdominale se fait lentement et le 25 novembre la malade sort de l'hôpital en excellent état local et général.

Examen histologique de la pièce. — L'ensemble des coupes montre à la surface une infiltration cellulaire intense correspondant à un foyer suppuré très étendu.

Au-dessous, nombreux vaisseaux dont la plupart sont entourés d'une infiltration cellulaire inflammatoire très marquée.

Dans la profondeur, présence de gros vaisseaux avec artérite et périartérite. Veines distendues.

En aucun point on ne trouve de cellules ou tissus se rapportant à un organe déterminé.

En résumé, il s'agit d'une suppuration intense formant un véritable abcès limité par un tissu inflammatoire riche en éléments vasculaires.

Pas de tubercules. Aucun élément néoplasique.

Nous aurions voulu ajouter à cette observation personnelle une deuxième observation, mais la malade est en cours de traitement et nous ne pourrons rapporter que son histoire clinique que nous avons pu recueillir grâce à l'obligeance de M. le Dr Bergeret.

Mme C..., âgée de 32 ans.

Aucun antécédent abdominal, n'a jamais été bien réglée, règles douloureuses et peu abondantes.

Un enfant âgé de 16 ans.

Le 19 septembre 1926, brusquement sensation de lassitude accompagnée d'une légère poussée de température à 38 degrés. Quelques heures plus tard en pleine nuit la malade se plaint en outre de douleurs abdominales peu intenses, généralisées à tout l'abdomen avec un maximum cependant dans les deux fosses iliaques.

Ces douleurs s'accompagnèrent immédiatement de vomissements bilieux très abondants, et d'une diarrhée qui se prolongèrent les jours suivants.

Le 20 septembre, la température est à 40°2, la malade est abattue ; les vomissements et la diarrhée persistent.

Un médecin ordonna de grands lavages intestinaux, de la glace sur le ventre qui soulagèrent la malade.

Il semble donc qu'il s'agissait d'une crise de salpingite aiguë avec phénomènes péritonéaux assez accentués, et dont l étiologie était imprécise.

Les jours suivants la température continue à osciller entre 38 et 40 degrés.

Le dixième jour environ après le début de la maladie elle fut examinée par le Dr Colombet.

L'*examen local* montre : un utérus petit, peu dévié.

A gauche une masse volumineuse, indolore, mobile remontant jusque dans la fosse iliaque probablement salpingite ou kyste intraligamentaire suppuré.

A droite une masse beaucoup plus petite, du volume d'une orange.

La malade fut mise aux injections chaudes et à la glace sur le ventre pour refroidir ces collections suppurées.

La température continuait à osciller entre 37°5-39°5.

L'amaigrissement s'accentuait rapidement du fait de l'anorexie qui persistait.

La malade fut revue par le Dr Colombet fin octobre et l'état local s'était peu modifié.

Le 18 novembre, elle entrait à la maison de santé.

Les signes locaux s'étaient d'ailleurs modifiés. Le toucher ne permettait de sentir que le col utérin.

Par le toucher et le palper combinés il était difficile de délimiter l'utérus, les 2 masses droite et gauche ayant fini par l'englober. Cette masse énorme et paraissant occuper tout le petit bassin bombait en avant vers la paroi abdominale, en arrière dans les culs-de-sac vaginaux.

La masse annexielle gauche qui était toujours la plus volumineuse bombait nettement dans le cul-de-sac gauche et dans le cul-de-sac postérieur.

On fit à la malade une *colpotomie* pour évacuer la collection du côté gauche.

L'incision donna issue à 1.500 grammes de pus horriblement fétide, le drain en T continuant d'ailleurs à donner fortement les jours suivants.

Le *toucher vaginal* montra un *affaissement de la masse gauche*, cependant que celle du côté droit n'avait pas été modifiée. Malgré la colpotomie la fièvre continuait à osciller entre 37 et 39 degrés.

Le 4 décembre, la malade qui avait depuis quelques jours des mictions fréquentes, se mit à souffrir horriblement au moment des mictions et ses urines se mirent à contenir une quantité énorme de pus. Pus provenant probablement de la masse droite que la colpotomie n'avait pas drainée,

On mit une sonde de Pezzer dans la vessie.

Le 8 décembre, la malade évacue du pus en abondance par le vagin.

Depuis cette date la température tombe lentement, elle oscille entre 37 degrés et 37°8.

Les urines toujours troubles contiennent beaucoup moins de pus.

Il n'a pas encore été fait de cystoscopie.

CONCLUSIONS

1° L'ouverture des salpingites suppurées dans la vessie est une éventualité relativement rare. Elle traduit le plus souvent une gravité évolutive particulière de la salpingite.

2° La nature de l'infection ne peut être décelée que par l'examen histologique et bactériologique qui montre, s'il s'agit de salpingites aiguës banales ou de salpingites tuberculeuses. L'évolution clinique peut d'ailleurs ultérieurement, confirmer ces résultats.

3° La pyurie abondante d'emblée est le symptôme fondamental que l'on retrouve dans tous les cas, La cystite par contiguïté n'est pas la règle.

4° La cystoscopie est d'un intérêt capital pour le diagnostic et le pronostic.

5° En dehors des cas, d'ailleurs peu nombreux, qui ont guéri par des traitements simples : lavages de vessie ou des traitements plus complexes : instillations d'antiseptiques dans la poche, moyens qui devront toujours être tentés, l'ouverture des salpingites suppurées dans la vessie constitue une indication opératoire formelle, que la fistule soit

tuberculeuse ou non, et qui a pour but d'éviter les accidents d'infection urinaire.

6° L'hystérectomie abdominale subtotale avec ou sans suture vésicale, drainage vaginal ou mieux drainage abdominal et Mikulicz est le traitement qui correspond à la majorité des cas.

C'est une opération grave, mais qui seule est capable de donner des guérisons définitives.

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu : Le Président de la thèse,
HARTMANN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Fausse péricystite par lésions génitales tuberculeuses chez la femme (Association Fr. d'Urologie, octobre 1913).

Auvray. — A propos de trois observations de salpingites suppurées ouvertes dans la vessie (Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, novembre 1914).

Aversenq. — Les Péricystites (Ass. Fr. Urologie, octobre 1913).

Bazy. — Abcès pelviens ouverts dans la vessie (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1900).

Beutter. — Abcès pelvien ouvert dans la vessie (Archives générales de Médecine, 1905, p. 590).

Boursier et Auvray. — Gynécologie, 3e édition. Doin, 1926.

Brin. — Sur les Péricystites (Ass. Fr. Urologie, octobre 1913).

Cathelin. — Journal des Praticiens, novembre 1904.

Chever. — Boston Medical and surgical Journal, 1887, t. I, p, 7.

Colson. — Revue de Médecine, 1827.

Cotillon. — Quelques remarques sur un cas de pyosalpinx ouvert spontanément dans la vessie. Thèse de Paris, 1920.

Cuturi. — Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, septembre 1910.

Czarkowski. — Przefad de chirurgie et de gynécologie, t. VI. Varsovie.

Delbet (P.). — Traité des suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891.

Duncan. — Obstétrie Society of London, 4 mai 1887.

Dauvergey-Dax et Legueu. — Salpingographie d'un pyosalpinx fistulisé dans la vessie (Soc. d'Urologie, 13 novembre 1922).

Faure (J.-L.). — Traité de Gynécologie.

Fauverghe. — Pyosalpinx ouverts dans la vessie. Thèse de Lille, 1902.

Folet. — Arch. Médicales du Nord, 1898, p. 615.

Forgue et Massabuan. — Traité de Gynécologie in Le Dentu et Delbet.

Gayet. — Pyosalpinx tuberculeux fistulisés dans la vessie (Soc. de Chirurgie de Lyon, nov. 1922-juillet 1923).

Gras. — Collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme. Thèse Paris, 1905.

Guyon. — Leçons de Clinique sur les maladies des voies urinaires.

Harris. — Journ. Amer. Med. Assoc., déc. 1911.

Jungano. — Tuberculose primitive de la vessie (Journal d'Urologie, 1920, t. X).

Kœnig. — Archiv. für Heilkunde, 1862, p. 510.

Labadie, Lagrave et Legueu. — Traité de Gynécologie.

Lafourcade. — Thèse Paris 1893.

Legueu. — Traité d'Urologie.

Martin, Magron et Soulié. — Gazette des Hôpitaux, 1861, p. 53.

Moreau. — Tuberculose annexielle. Cystite par contiguité (Journal Médical de Bruxelles, octobre 1911).

Müller et Petitjean. — Pyosalpinx ouvert dans la vessie depuis dix ans (Gazette des Hôpitaux, 1910).

Pascal. — Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme. Thèse Paris, 1900.

Pasteau. — Importance de la Cystoscopie pour le diagnostic et le pronostic de certaines péricystites (Ass. Fr. Urologie, octobre 1913).

Perrimond. — Abcès pelviens ouverts spontanément dans la vessie. Thèse Lyon, 1897.

Person. — Fistules appendiculo-vésicales. Thèse Paris, 1905.

Pincus. — Deutsche Zeitung für Chirurgie. Bd. XIX, p. 1.

Ramon y Cajal. — Clinica moderna, t. XI, 1912.

Reverdin. — Société de Chirurgie, 1888, p. 1.016.

Reymond. — Annales des Maladies des organes génito-urinaires, 1893, p. 360.

Saxthorp. — Chirurgie urinaire (Congrès médical international. Paris, 1901).

Segond. — In traité de Chirurgie Duplay-Reclus.

Schwartz. — Pent. für gynekologie, 1895, nº 86, p. 895.

Terillon. — Salpingites et ovarites (Leçons de Clinique chirurgicale).

Violet et Chalier. — Pyosalpinx tuberculeux ouvert dans la vessie (Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, 1909).

Volle. — De l'ouverture spontanée dans la vessie des abcès pelviens tuberculeux d'origine génitale chez la femme. Thèse Lyon, 1908.

Wladoff. — Abcès appendiculaires ouverts dans la vessie. Thèse Lyon, 1898.

Zurhelle. — Rupture spontanée de pyosalpinx dans la vessie (Zeitschrift für Gyn. Urologie, 1911).

7438- Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, r. Racine, Paris-12-1926